

Zurich Medicare



**Zurich Medicare
Contratto di Assicurazione per la
protezione della persona
a copertura dei rischi: Spese sanitarie
per Ricovero e/o Intervento chirurgico,
Diaria da ricovero.**

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- *Nota informativa*
- *Glossario*
- *Condizioni di Assicurazione*

***deve essere consegnato al Contraente
prima della sottoscrizione del contratto.***

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Indice

Nota Informativa	pag.	1 di 4
A. Informazioni sull'impresa di assicurazione	pag.	1 di 4
B. Informazioni sul contratto	pag.	1 di 4
C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami	pag.	3 di 4
Glossario	pag.	1 di 2
Condizioni di Assicurazione	pag.	1 di 9
Condizioni generali	pag.	1 di 9
Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico	pag.	2 di 9
Diaria da Ricovero	pag.	5 di 9
Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione	pag.	6 di 9
In caso di Sinistro	pag.	7 di 9
Allegato 1 – Valori di limiti di Indennizzo / Rimborso e Scoperto	pag.	1 di 3
Allegato 2 – Adeguamento del Premio per età	pag.	1 di 1
Allegato 3 - Modulo richiesta di presa in carico diretta	pag.	1 di 1
Allegato 4 - Modulo per il rimborso indiretto	pag.	1 di 1

Nota informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto da ISVAP, ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

Il presente contratto viene stipulato con

ZURICH INSURANCE plc
Rappresentanza Generale per l'Italia
Sede: via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano, Italia
Telefono n. 02.59660070 - Telefax n. 02.26622768
Indirizzo PEC: Zurich.Insurance.Plc@pec.zurich.it
Sito internet: www.zurich.it
Indirizzo e-mail: informazioni@zurich.it

Zurich Insurance plc, è una società facente parte del Gruppo Zurich Financial Services, ha la propria sede legale in Zurich House, Ballsbridge Park 4, Dublino, Irlanda ed è sottoposta all'Autorità di Vigilanza irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari (CBI) ed è soggetta ad una limitata attività di regolamentazione e vigilanza da parte dell'Istituto di Vigilanza Assicurazioni (IVASS).

Zurich Insurance plc, svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento ai sensi della Direttiva 92/49/EEC del 18 giugno 1992 concernente l'Assicurazione diretta diversa dall'Assicurazione sulla Vita, attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in via Benigno Crespi 23, 20159, Milano.

Zurich Insurance plc è iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) dal 3/1/08 al n. I.00066.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto di Zurich Insurance Plc è di 2.411 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.403 milioni di euro. L'indice di solvibilità di Zurich Insurance Plc, ovvero il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente riferito alla gestione di tutti i rami danni, è del 231%.

Il patrimonio netto e l'indice di solvibilità sono calcolati applicando i principi contabili irlandesi (Irish GAAP) e la normativa regolamentare vigente in Irlanda.

Si precisa inoltre che le modifiche del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet www.zurich.it. Per informazioni rivolgersi all'intermediario assicurativo cui è assegnata la polizza oppure scrivere all'indirizzo di posta elettronica: informazioni@zurich.it.

B. Informazioni sul contratto

Il contratto è stipulato con tacito rinnovo.

AVVERTENZA:

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente rinnovato per il periodo di un anno e così successivamente.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 4 "Proroga dell'Assicurazione e Periodo assicurativo" delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative offerte dal contratto sono:

- Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico;
- Prestazioni extra-ospedaliere;
- Diaria da Ricovero.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alle relative sezioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di limitazioni ed esclusioni come disciplinato nella sezione Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione.

AVVERTENZA:

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo come disciplinato negli articoli 2 "Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia" e 12 "Residenza e variazione di residenza dell'Assicurato".

AVVERTENZA:

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di limiti massimi di età assicurabile come disciplinato al capitolo "Limiti di età" della sezione Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione.

AVVERTENZA:

Le garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza del Massimale prescelto dall'Assicurato ed indicato in Polizza; le prestazioni possono essere soggette ad applicazione di Franchigie e/o Scoperti indicati in Polizza o previsti nelle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alla descrizione puntuale di ciascuna garanzia nelle Condizioni di Assicurazione.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di applicazione di Scoperti e Franchigie, si riportano di seguito delle esemplificazioni numeriche.

Esempio 1: Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia in caso di ammontare delle spese inferiore al Massimale

Massimale:	100.000 euro
Ammontare delle spese:	10.000 euro
Franchigia:	1.500 euro
Indennizzo:	8.500 euro

Esempio 2: Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia in caso di ammontare delle spese superiore al Massimale

Massimale:	100.000 euro
Ammontare delle spese:	150.000 euro
Franchigia:	1.500 euro
Indennizzo = Massimale	100.000 euro

Esempio 3: Prestazione soggetta all'applicazione dello Scoperto in caso di ammontare delle spese inferiore al Massimale

Massimale:	100.000 euro
Ammontare delle spese:	10.000 euro
Scoperto: 20% con il max di 5.000 euro	2.000 euro
Indennizzo:	8.000 euro

Esempio 4: Prestazione soggetta all'applicazione dello Scoperto in caso di ammontare delle spese superiore al Massimale

Massimale:	100.000 euro
Ammontare delle spese:	150.000 euro
Scoperto: 20% con il max di 5.000 euro	5.000 euro
Indennizzo = Massimale	100.000 euro

Esempio 5: Prestazione soggetta all'applicazione concomitante di Franchigia e Scoperto

Massimale:	100.000 euro
Ammontare delle spese:	10.000 euro
Scoperto: 20% con il max di 5.000 euro	2.000 euro
Franchigia:	1.500 euro
Indennizzo (= Ammontare delle spese – Scoperto - Franchigia):	6.500 euro

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA:

Le Condizioni di Assicurazione prevedono dei periodi di Carenza come disciplinato al capitolo "Periodi di Carenza" della sezione Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda al predetto capitolo delle Condizioni di Assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario anamnestico - Nullità

AVVERTENZA:

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto, comprese le dichiarazioni rilasciate nel Questionario anamnestico, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni del contratto, nonché, in caso di dolo o colpa grave, la cessazione dell'Assicurazione stessa.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto non prevede particolari casi di nullità se non quelli previsti dalla Legge.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato, o per esso il Contraente, deve dare comunica-

zione scritta alla Compagnia di ogni variazione di residenza in quanto ciò può costituire aggravamento o diminuzione del Rischio.

Per gli aspetti di dettaglio sulle conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione, si rimanda all'articolo 12 "Residenza e variazione di residenza dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione.

7. Premi

Il contratto prevede periodicità annuale di pagamento del Premio con possibilità per il Contraente di richiedere il frazionamento semestrale, quadrimestrale o trimestrale del Premio. Per i frazionamenti sono previsti oneri aggiuntivi rispettivamente pari al 3%, 4% e 5% del Premio.

Modalità di pagamento del premio

Gli Intermediari Assicurativi possono ricevere dal Contraente esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Compagnia di Assicurazione oppure all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato alla Compagnia di Assicurazione o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- carte di debito (bancomat o carte prepagate);
- carta di credito, se disponibile presso l'Intermediario Assicurativo;
- denaro contante per un importo massimo di 750 euro annui.

I premi devono essere pagati alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza, autorizzato dalla Compagnia stessa alla esazione dei Premi.

AVVERTENZA:

Il Premio può essere oggetto di sconti qualora il Contraente rientri in particolari categorie di soggetti per le quali la Compagnia applica tariffe agevolate (convenzioni) oppure per effetto di scontistiche concesse dalla Compagnia all'Intermediario assicurativo e da questo gestite autonomamente.

8. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

La Compagnia, per ogni Assicurato, adegua annualmente il Premio in funzione dell'età dell'Assicurato stesso, così come disciplinato all'articolo 8 "Adeguamento del Premio per età" delle Condizioni di Assicurazione.

I Massimali, il Premio, gli eventuali limiti di Indennizzo di garanzia, se espressi in cifra assoluta, sono collegati al "numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute" pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica, epurato della componente medicinale, come indicato all'articolo 9 "Adeguamento automatico – Indicizzazione" delle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda ai suddetti articoli delle Condizioni di Assicurazione.

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA:

Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto nel caso di revisione del Premio a seguito di variazioni nelle

prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, mediante invio di lettera raccomandata entro la prima scadenza annua del Periodo assicurativo precedente all'entrata in vigore di tale revisione del Premio.

Il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 10 "Revisione del Premio" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

Il Contraente ha facoltà recedere dal contratto nel caso di revisione del Premio per variazione di residenza dell'Assicurato mediante invio di lettera raccomandata entro la prima scadenza annua del Periodo assicurativo precedente all'entrata in vigore di tale revisione del Premio.

Il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 12 "Residenza e variazione di residenza dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

Il Contraente, nel solo caso di cessazione della convenzione tra la Compagnia e Assirete s.r.l. senza sostituzione, avrà comunque la facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione alla Compagnia mediante lettera raccomandata A/R al massimo entro la prima scadenza annuale del periodo assicurativo in cui è avvenuta la predetta cessazione.

Il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda al capitolo "Interruzione Servizio Assirete s.r.l." della sezione In caso di Sinistro delle Condizioni di Assicurazione.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

12. Regime fiscale

Le aliquote di imposta applicate alle garanzie Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico, Prestazioni extraspedaliere e Diaria da Ricovero sono pari al 2,50%.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA:

Con riferimento all'art. 1913 del Codice Civile "Avviso all'Assicuratore in caso di Sinistro" si precisa che il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono dare avviso del Sinistro alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo a cui è assegnato il contratto entro tre giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato oppure da quello in cui ne hanno avuto co-

noscenza, o comunque non appena ne abbiano la possibilità. La denuncia di Sinistro deve essere fatta per iscritto alla sede della Compagnia o all'Intermediario assicurativo oppure alla Compagnia di Servizi Assirete s.r.l. secondo le modalità descritte nelle Condizioni di Assicurazione.

La denuncia è diretta all'acquisizione tempestiva, oggettiva e completa, dell'evento che colpisce la garanzia Malattia e delle sue conseguenze.

Per gli aspetti di dettaglio in merito alle procedure liquidative, si rimanda alla sezione "In caso di Sinistro" delle Condizioni di Assicurazione.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

AVVERTENZA:

L'Assicurato può decidere di avvalersi di Centri medici, Istituti di cura e dei medici convenzionati. In questo caso il pagamento delle prestazioni viene effettuato direttamente dalla Compagnia, restando a carico dell'Assicurato le sole Franchigie e Scoperti eventualmente previsti nelle Condizioni di Assicurazione e/o indicati in Polizza.

Diversamente, qualora l'Assicurato dovesse optare per Centri medici, Istituti di cura e/o medici non convenzionati, il pagamento delle prestazioni verrà effettuato tramite Rimborso delle spese sostenute ed effettivamente documentate, con eventuale applicazione di uno Scoperto e/o di una Franchigia a carico dell'Assicurato così come indicato nelle Condizioni di Assicurazione e/o indicato in Polizza.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda al capitolo "Prestazioni a carico della Compagnia e modalità di denuncia del Sinistro" della sezione In caso di Sinistro delle Condizioni di Assicurazione.

L'elenco dei centri e dei medici convenzionati insieme alla modulistica è reperibile sul sito internet www.assirecregroup.com entrando nella sezione "Assirete" e cliccando su "Rete Convenzionata" oppure attraverso il link presente sul sito istituzionale della Compagnia www.zurich.it.

15. Reclami

Eventuali reclami possono essere presentati alla Compagnia, all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) e all'autorità irlandese competente (Financial Service Ombudsman's Bureau) secondo le disposizioni che seguono:

- Alla Compagnia

Vanno indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o della gestione dei Sinistri.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

ZURICH INSURANCE plc
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione reclami
Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Fax numero: 02.2662.2243
E-mail: reclami@zurich.it

<http://www.zurich.it/services/segnalazioni-e-reclami.htm>

I reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'Intermediario assicurativo o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

La Compagnia ricevuto il reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.

- All'IVASS

Vanno indirizzati i reclami:

- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte della Compagnia, degli Intermediari assicurativi da essa incaricati e dei periti assicurativi da essa incaricati;
- nei casi in cui l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo inoltrato alla Compagnia o in caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine di 45 giorni.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

I.V.A.S.S.
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni,
Servizio Tutela degli Utenti,
Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
Fax numero: 06.42.133.745/353

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei reclami sono contenute nel Regolamento n. 24 dell'ISVAP, che

Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia - è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

l'Assicurato può consultare sul sito www.ivass.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente – individuabile al sito www.e.europa.eu/fin-net e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-ET.

- All'autorità irlandese competente

I reclami possono essere indirizzati secondo le disposizioni contenute nel sito

Financial Service Ombudsman's Bureau
3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Palace
Dublin 2

Modalità di reclamo e modulistica al sito:
www.financialombudsman.ie

Il Financial Service Ombudsman's Bureau è un organismo indipendente e separato dalla Autorità di Vigilanza Irlandese (Central Bank of Ireland) ed è competente a trattare i reclami a servizi forniti dalle Imprese di assicurazione.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

16. Arbitrato

AVVERTENZA:

Nel caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e sulla misura dei Rimborsi e delle indennità, è facoltà delle Parti ricorrere ad un Collegio Arbitrale, composto da tre soggetti, uno dei quali di nomina dell'Assicurato.

Il Collegio avrà sede nella città dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio eletto dall'Assicurato.

Rimane comunque ferma la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Il Rappresentante legale
Dott. Camillo Candia



Data ultimo aggiornamento: 01 Dicembre 2014

Glossario

Assicurato - Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione - Il contratto di Assicurazione.

Carenza - Periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale la copertura assicurativa per le prestazioni indicate si intende inoperante.

Centro medico - Il centro, anche non adibito al Ricovero dei malati, regolarmente autorizzato all'erogazione di prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali.

Chirurgia bariatrica (detta anche "chirurgia dell'obesità") - Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Compagnia - La Società assicuratrice ovvero Zurich Insurance plc – Rappresentanza generale per l'Italia.

Contraente - Il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione nell'interesse proprio e/o di altre persone.

Convalescenza - Il periodo di tempo successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, necessario per la guarigione clinica oppure per la stabilizzazione dei postumi.

Data del Sinistro - La data in cui si è verificato il Ricovero o, se non vi è stato il Ricovero, l'Intervento chirurgico in Day Hospital o in ambulatorio; per le prestazioni extra-Ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.

Day Hospital - La degenza diurna senza pernottamento in un Istituto di cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). **Non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura presso il pronto soccorso.**

Franchigia - L'importo prestabilito che, in caso di Sinistro, viene detratto dall'ammontare delle spese indennizzabili a termini di contratto e che rimane a carico dell'Assicurato.

Frattura ossea - La rottura di un osso, in genere conseguente ad una causa lesiva che abbia agito più o meno intensamente sul punto della frattura (frattura diretta) o a distanza (frattura indiretta). Sono parificate alle Fratture ossee:

- le fratture ossee incomplete (incrinature o infrazioni);
- le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.

Inabilità temporanea - Incapacità parziale o totale di attendere alle ordinarie occupazioni.

Indennizzo / Rimborso - La somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio - Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

Intermediario assicurativo - La persona fisica o la Società, iscritta nel registro unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) di cui all'art. 109 del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Intervento chirurgico - Ogni intervento terapeutico o diagnostico mediante l'uso di strumenti chirurgici, diatermo-coagulazione, tecnica laser o criotecnica. **Le biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate Intervento chirurgico.**

Intervento ambulatoriale - Ogni intervento di piccola chirurgia eseguito senza Ricovero presso ambulatori o studi medici chirurgici.

Istituto di cura - Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di Ricovero o di Day Hospital. **Non si considerano Istituto di cura gli stabilimenti termali, le case di Convalescenza e di soggiorno, nonché i centri benessere e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.**

Malattia - Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio. **La gravidanza non è considerata Malattia.**

Malattia improvvisa - Ogni Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente patologico dell'Assicurato.

Malattia mentale - Ogni patologia mentale e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD – 10 del OMS).

Malformazione o difetto fisico - Menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Medicina alternativa o complementare - Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia e chiropratica).

Massimale - La somma ovvero la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun Assicurato e per Periodo assicurativo, la Compagnia presta la garanzia.

Network / Rete - La Rete convenzionata della Società Assirete srl del gruppo Assirecre, costituita da Istituti di cura, centri diagnostici e poliambulatori, nonché da professionisti medici che provvedono all'erogazione delle prestazioni. L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è direttamente consultabile sul sito www.assirecregroup.com entrando nella

sezione “Assirete” e cliccando su “Rete Convenzionata” oppure attraverso il link presente sul sito istituzionale della Compagnia www.zurich.it.

Nucleo familiare - L'insieme delle persone risultanti dallo stato di famiglia anagrafico del Contraente, anche se non conviventi, ed espressamente indicate in Polizza, per le quali la Compagnia è disposta a prestare l'Assicurazione.

Periodo assicurativo - Il periodo di validità dell'Assicurazione; questo si intende stabilito nella durata di un anno.

Polizza - Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio - La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia quale corrispettivo per l'Assicurazione.

Questionario anamnestico - Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà. Tale documento è richiamato nelle dichiarazioni del Contraente riportate sulla Polizza.

Ricovero - La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Scoperto - La parte delle spese indennizzabili a termini di contratto sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro - Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'Assicurazione.

Sport professionistico – secondo la Legge 23 marzo 1981 n° 91 e successive modifiche ed integrazioni, vengono definiti sportivi professionisti gli atleti che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono tale qualifica dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Territorio Italiano – Il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi - Le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite da medici o presso Centri medici da personale professionalmente abilitato, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattie, Infortuni o parto indennizzabili a termini di Polizza.

Visita specialistica - La visita effettuata da un medico fornito di specializzazione, per diagnosi e/o prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. **Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Non sono considerate Visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale e pediatria.**

Condizioni di Assicurazione

Condizioni generali

Articolo 1

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, comprese le dichiarazioni rilasciate nel Questionario anamnestico, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché, in caso di dolo o colpa grave, la cessazione stessa dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 2

Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo la scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Resta in ogni caso fermo quanto previsto al capitolo "Periodi di Carenza" della sezione Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione.

Se il Contraente non paga il Premio entro 90 giorni dalla scadenza, i termini di Carenza riprendono a decorrere dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato il Premio.

Il Premio è sempre determinato per Periodi di Assicurazione di un anno ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

I Premi devono essere pagati alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza, autorizzato dalla Compagnia stessa alla esazione dei Premi.

Articolo 3

Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Articolo 4

Proroga dell'Assicurazione e Periodo assicurativo

Il contratto è di durata annuale. In mancanza di disdetta data da una delle Parti, con lettera raccomandata A/R almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente prorogato per il periodo di un anno e così successivamente.

Nel corso dei primi quattro anni tale facoltà di disdetta spetta solo al Contraente. A partire dal quinto anno anche la Compagnia può esercitare la facoltà di dare disdetta.

Per il conteggio dei cinque anni, anche in caso di sostituzione, si tiene in considerazione la data di decorrenza del primo contratto Zurich MediCare stipulato con la Compagnia.

Trascorso tale periodo, la Compagnia si riserva di proroga-

re, tramite sostituzione della Polizza, la sua rinuncia alla facoltà di disdetta per un ulteriore periodo equivalente, previa valutazione di nuovo Questionario anamnestico aggiornato per ogni Assicurato.

In nessun caso potrà essere derogato quanto stabilito all'interno del capitolo "Limiti di età" della sezione Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione.

Articolo 5

Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Articolo 6

Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi della Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Articolo 7

Altre assicurazioni

Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia e/o all'Intermediario assicurativo dell'esistenza e/o della successiva stipulazione di altre Assicurazioni per lo stesso rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. In caso di Sinistro il Contraente deve darne avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate, indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. Qualora il Contraente ometta dolosamente di dare le comunicazioni di cui sopra, la Compagnia non sarà tenuta a corrispondere l'Indennizzo.

Tali obblighi sono estesi anche all'Assicurato se persona diversa dal Contraente.

Articolo 8

Adeguamento del Premio per età

In occasione di ogni tacito rinnovo, la Compagnia adegua il Premio per ogni Assicurato applicando i coefficienti per età di cui all'Allegato 2 alle presenti Condizioni di Assicurazione. L'adeguamento del Premio per età si applica esclusivamente alle garanzie Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico e Prestazioni extra-ospedaliere.

Articolo 9

Adeguamento automatico - Indicizzazione

I Massimali, il Premio, gli eventuali limiti di Indennizzo di garanzia, se espressi in cifra assoluta, sono indicizzati. L'indice si ottiene dalla media ponderata dei pesi relativi agli indici ISTAT 0602 e 0603 (servizi sanitari e spese per la salute), pubblicati dall'Istituto Centrale di Statistica e l'eventuale variazione viene calcolata in conformità a quanto segue:

- alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di giugno dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- alla scadenza di ogni rata annua si effettua il confronto tra l'indice iniziale di riferimento e l'indice del mese di giugno dell'anno solare precedente quello di detta scadenza;
- l'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annua.

L'adeguamento automatico si applica all'importo complessivo derivante dalla somma dei Premi delle garanzie soggette all'adeguamento per l'età di cui al precedente Articolo 8 – "Adeguamento del Premio per età" e dei Premi relativi alla sezione Diaria da Ricovero, se prevista.

Articolo 10

Revisione del Premio

Qualora si verificassero significative ed obiettive variazioni nel Servizio Sanitario Nazionale (per tali intendendosi a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: non obbligatorietà dello stesso, riduzione delle prestazioni per Ricoveri, Interventi chirurgici, visite o esami dallo stesso fornite, introduzione di ticket superiori a 250 euro per Ricoveri e/o Interventi chirurgici, aumenti dell'importo medio dei ticket oltre il 50% rispetto a quelli previsti al momento della stipula del contratto), la Compagnia si riserva la facoltà di variare il Premio in corso. Il nuovo Premio sarà comunicato al Contraente con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla prima scadenza annua del Periodo assicurativo in cui sono intervenute tali variazioni.

Qualora non accetti il nuovo Premio proposto, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto inviando lettera raccomandata A/R entro la predetta scadenza annua.

Il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Articolo 11

Foro competente

Qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del Foro di Milano. Qualora il Contraente e/o l'Assicurato sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.L.vo 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione della Polizza sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Articolo 12

Residenza e variazione di residenza dell'Assicurato

La Polizza è valida per gli Assicurati residenti all'interno del Territorio Italiano.

Le condizioni e il Premio della sezione Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico sono determinati anche in base alla provincia di residenza di ciascun Assicurato.

In caso di variazione della provincia di residenza, l'Assicurato stesso, o per esso il Contraente, dovrà darne comunicazione scritta, entro 60 giorni, alla Compagnia e/o all'Intermediario assicurativo.

La Compagnia, al ricevimento della comunicazione, ha facoltà di modificare le condizioni e il Premio, a decorrere dall'annualità successiva.

Il Contraente, qualora non accetti le nuove condizioni e il Premio, ha facoltà di recedere dal contratto inviando lettera raccomandata A/R entro la prima scadenza annua del Periodo assicurativo in cui si sono verificate tali variazioni.

Il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Resta inteso che, in caso di trasferimento della residenza al di fuori del Territorio Italiano, l'Assicurazione cessa in data coincidente con quella di trasferimento della residenza indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, a norma dell'art. 1898 del Codice Civile. La cessazione dell'Assicurazione in corso comporta l'obbligo per la Compagnia - a parziale deroga dell'art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare il Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione dell'Assicurazione stessa, della parte di Premio già pagato per l'Assicurato, al netto dell'imposta, e relativo al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della garanzia e il termine del Periodo assicurativo per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Articolo 13

Validità territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei Sinistri sarà fatta in Italia ed in valuta locale corrente.

Articolo 14

Termini di prescrizione

Ai sensi dell'Articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Articolo 15

Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato, o degli aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili per le prestazioni da questa erogate affettuate in virtù del presente contratto.

Articolo 16

Rinvio alle norme di legge

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico

Cosa e come assicuriamo

L'Assicurazione vale per il Rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato ed effettivamente documentate per Ricovero e/o Intervento chirurgico, anche ambulatoriale od effettuato in regime di Day Hospital, reso necessario a seguito di **Malattia o Infortunio**.

Il Rimborso delle spese avviene nelle modalità e con i limiti successivamente dettagliati per ogni garanzia e, in ogni caso, salvo quanto riportato nella sezione Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione.

È previsto, nei limiti del Massimale prescelto ed indicato in Polizza, il Rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato:

- a. nei 120 giorni precedenti l'inizio del Ricovero per:
esami, accertamenti diagnostici e Visite mediche specialistiche effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura.
- b. durante il Ricovero per:
 - onorari dell'équipe medica;
 - diritti di sala operatoria e materiale di Intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'Intervento chirurgico;
 - rette di degenza, prestazioni mediche, consulti, cure mediche e assistenza infermieristica, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
 - rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura presso il quale si trova ricoverato l'Assicurato, sino alla concorrenza di 3.000 euro per ciascun Assicurato.
- c. nei 120 giorni successivi alla cessazione del Ricovero per:
 - spese relative a Ricoveri senza Intervento conseguenti all'iniziale Ricovero;
 - esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ambulatoriali o eseguiti in regime di Day Hospital;
 - medicinali;
 - Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 - assistenza infermieristica privata;
 - cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) sino alla concorrenza di 1.500 euro per ciascun Assicurato.
- d. per il trasporto dell'Assicurato per il Ricovero con uso di qualsiasi mezzo sanitario all'interno del Territorio Italiano ed all'estero per accedere all'Istituto di cura, per il trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e per il rientro al domicilio.

Limitatamente ai Ricoveri all'estero per Intervento chirurgico, la garanzia è valida anche per le spese di viaggio, debitamente documentate, sostenute da un accompagnatore.

La garanzia è prestata sino alla concorrenza di 4.000 euro per ciascun Assicurato; in caso di trapianto tale somma viene elevata a 8.000 euro.

Prestazioni accessorie

Parto

In caso di Ricovero in un Istituto di cura per parto con taglio cesareo, per aborto spontaneo o terapeutico, la Compagnia rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato previste al capitolo "Cosa e come assicuriamo" sino alla concorrenza di 7.000 euro per ciascun Assicurato.

In caso di Ricovero in un Istituto di cura per parto senza taglio cesareo o in caso di parto presso il domicilio dell'Assicurato, la Compagnia rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato previste al capitolo "Cosa e come assicuriamo" sino alla concorrenza di 3.000 euro per ciascun Assicurato.

Copertura per figli neonati

I neonati la cui madre sia assicurata con la presente Polizza, sono gratuitamente assicurati per le medesime somme e garanzie previste per la madre al momento della loro nascita, per i primi 180 giorni di vita o fino alla scadenza di Polizza se precedente.

Sono altresì comprese anche le spese sanitarie relative a Ricoveri per interventi di correzione o eliminazione di Malformazioni congenite e Interventi di chirurgia plastica ricostruttiva anche a scopo estetico e ciò a parziale deroga di quanto previsto al punto 2 e al punto 12 del capitolo "Rischi esclusi dall'Assicurazione" della sezione Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione.

Decorso il termine dei 180 giorni la garanzia cessa il suo effetto, salvo il loro inserimento tra le persone assicurate.

Copertura per figli e minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni

Qualora il Contraente ne faccia richiesta e previa valutazione del Questionario anamnestico da parte della Compagnia, la garanzia si intende operante gratuitamente per i figli e i minori in affidamento preadottivo fino alla prima scadenza annua successiva al compimento dell'ottavo anno di età. Tale estensione si intende prestata a condizione che i bambini siano espressamente indicati in Polizza tra le persone assicurate insieme ad entrambi i genitori o affidatari. L'estensione è prestata sino alla concorrenza del minore tra i Massimali previsti per i genitori o affidatari oppure sino al Massimale previsto come "Massimale a nucleo", qualora sia stata selezionata tale condizione particolare.

Per il rinnovo successivo al periodo di gratuità, il Premio sarà comunicato dalla Compagnia sulla base della tariffa vigente.

Terapie mediche a seguito di Infortunio in assenza di Ricovero

In caso di Infortunio, in assenza di Ricovero, la Compagnia rimborsa le spese sanitarie sostenute dall'Assicurato:

- per cure mediche (esclusi i medicinali), gessatura, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e di tutori preconfezionati;
- in pronto soccorso per assistenza medica, medicinali, applicazione di apparecchi gessati, accertamenti diagnostici e trasporto dell'Assicurato in ambulanza.

La presente garanzia è operante fino alla concorrenza di 2.500 euro per ciascun Assicurato.

Trapianti

Qualora l'Assicurato sia donatore vivente, in caso di trapianto di organi o parte di essi, la Compagnia rimborsa le spese previste al capitolo "Cosa e come assicuriamo" sino alla concorrenza del Massimale previsto in Polizza per Assicurato. Ai termini della presente estensione di garanzia il Rimborso delle prestazioni previste al capitolo "Cosa e come assicuriamo", lettera c) è elevato da 120 giorni a 180 giorni successivi alla cessazione del Ricovero.

In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, sono anche comprese le spese di Ricovero del donatore vivente per il prelievo previste al capitolo "Cosa e come assicuriamo", lettera b) e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi. In

questo caso, a parziale deroga di quanto previsto al capitolo “Cosa e come assicuriamo” lettera b), la Compagnia rimborsa inoltre, **per ciascun Assicurato**, le spese per vitto e pernottamento dell’accompagnatore e dell’eventuale accompagnatore del donatore vivente **sino alla concorrenza di 5.000 euro**.

Chirurgia plastica, estetica e stomatologica ricostruttiva

A parziale deroga di quanto previsto al punto 12 del capitolo “Rischi esclusi dall’Assicurazione” della sezione Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell’Assicurazione, la Compagnia rimborsa anche le spese per interventi di chirurgia plastica, estetica e stomatologica ricostruttiva **sempreché siano conseguenti a neoplasie maligne o Infortunio documentato da referto di Pronto soccorso**.

Indennità sostitutiva

Qualora l’Assicurato usufruisse del Servizio Sanitario Nazionale, l’Assicurazione varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell’Assicurato stesso. Nel caso non abbia sostenuto alcuna spesa, oppure il totale delle spese sostenute per tutto quanto previsto al capitolo “Cosa e come assicuriamo” lettera b), non superi 1.500 euro, l’Assicurato avrà diritto ad una indennità sostitutiva pari a 150 euro per ciascun giorno di Ricovero, **fino ad un massimo di 100 giorni per ciascun Assicurato per Periodo assicurativo**. La giornata di entrata e quella di dimissione dall’Istituto di cura verranno entrambe considerate giornate di Ricovero. Il Ricovero in Day hospital non è soggetto alla predetta indennità.

Cure oncologiche

In caso di Malattia oncologica, la Compagnia, in aggiunta alle spese previste al capitolo “Cosa e come assicuriamo”, rimborsa le spese sostenute per chemioterapia oncologica e radioterapia antitumorale, effettuate sia ambulatorialmente che in regime di Day Hospital, **sino alla concorrenza di 20.000 euro per ciascun Assicurato**.

Ai termini della presente estensione di garanzia il Rimborso delle prestazioni previste al capitolo “Cosa e come assicuriamo”, lettera c) è elevato da 120 giorni a **240 giorni successivi alla cessazione del Ricovero per la stessa malattia oncologica**.

Ricovero per Malattia improvvisa o Infortunio al di fuori del Territorio Italiano

In caso di Ricovero avvenuto al di fuori del Territorio Italiano, reso necessario a seguito di **Malattia improvvisa o Infortunio** accaduto quando l’Assicurato si trovi all’estero, l’Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle spese per il Ricovero; le spese sostenute ed effettivamente documentate verranno rimborsate dalla Compagnia a termini di Polizza.

Ai termini della presente estensione di garanzia, la Compagnia rimborsa le spese previste al capitolo “Cosa e come assicuriamo” senza applicazione di alcuno Scoperto, qualora fosse indicato in polizza, anche per ricorso ad Istituti di cura e/o équipe non convenzionati.

Eventi naturali e rischio di guerra al di fuori del Territorio Italiano

A parziale deroga di quanto disposto al punto 7 del capitolo “Rischi esclusi dall’Assicurazione” della successiva sezione

Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell’Assicurazione, la garanzia si intende estesa agli Infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche **sempreché l’Assicurato sia rimasto colpito da tali eventi al di fuori del Territorio Italiano**. La Compagnia rimborsa inoltre le spese per Infortuni derivanti da guerra anche civile, insurrezioni, invasioni, occupazioni militari per un periodo massimo di **14 giorni dall’inizio delle ostilità, sempreché l’Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da tali eventi inaspettati mentre si trovi già all’estero**.

Convalescenza

In caso di Convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dell’Assicurato dall’Istituto di cura, la Compagnia corrisponde una diaria giornaliera di 100 euro al giorno **fino ad un massimo di giorni pari alla durata del Ricovero e, comunque, non superiore a 20 giorni**. La Convalescenza deve essere prescritta dai medici che hanno avuto in cura l’Assicurato o dal medico curante.

Per gli Interventi chirurgici effettuati in ambulatorio, la Compagnia corrisponde un’indennità pari ad un giorno di Ricovero. Nel caso in cui sia operante anche la garanzia “Diaria da Ricovero”, l’importo della diaria che viene corrisposto è pari a quello indicato in Polizza.

Limiti di Rimborso e Scoperto

L’Assicurazione è prestata **sino alla concorrenza del Massimale** indicato in Polizza. Qualora la garanzia Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico sia prestata con applicazione di uno Scoperto, come espressamente indicato in Polizza, in caso di Ricovero e/o Intervento chirurgico presso un Istituto di cura non convenzionato oppure in caso di ricorso ad un’équipe medica non convenzionata, le spese sostenute ed effettivamente documentate sono rimborsate previa applicazione dello Scoperto. Lo Scoperto verrà applicato unicamente alle spese per prestazioni non convenzionate.

In nessun caso tale Scoperto verrà applicato:

- facendo ricorso a Istituto di cura convenzionato e a un’équipe medica convenzionata con le modalità di attivazione della convenzione di cui al paragrafo “Forma Diretta” del capitolo “Prestazioni a carico della Compagnia e modalità di denuncia del Sinistro”;
- per quanto previsto al paragrafo “Indennità sostitutiva” del capitolo Prestazioni accessorie.

Per una schematica rappresentazione dei limiti di Rimborso e Scoperto si rimanda all’Allegato 1 alle presenti Condizioni di Assicurazione.

Garanzia aggiuntiva

(valida solo se espressamente richiamata in Polizza)

Prestazioni extra-ospedaliere

Alta diagnostica

Nel caso di prestazione sanitaria al di fuori o indipendente

da un Ricovero, la Compagnia rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da Malattia o Infortunio per:

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto endovenoso;
- Risonanza magnetica nucleare (RMN);
- TAC;
- Medicina nucleare diagnostica con utilizzo di radioisotopi per via endovenosa (scintigrafie, Pet);
- Angiografia e Coronarografia;
- Ecodoppler;
- Ecocolordoppler;
- ECG da sforzo;
- Ecografia transviscerale, transesofagea, intravascolare ed endocavitaria;
- Ecocardiografia;
- Esami endoscopici a scopo diagnostico.

Sono esclusi dall'Assicurazione i check up.

Per gli esami di alta diagnostica, l'Assicurazione è prestata fino alla concorrenza di 2.500 euro, complessivamente per uno o più Sinistri avvenuti nello stesso Periodo assicurativo per ciascun Assicurato.

Il Rimborso delle spese viene effettuato previa detrazione di uno Scoperto del 20% delle spese stesse, con il minimo di 50 euro per ciascun Sinistro, per accertamenti relativi ad una stessa patologia.

Lo Scoperto non si applica ai ticket per l'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Visite specialistiche

Nel caso di prestazione sanitaria indipendente da un Ricovero, la Compagnia rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da Malattia o Infortunio per esami, accertamenti diagnostici e Visite specialistiche.

Sono esclusi dall'Assicurazione:

- le visite pediatriche;
- le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici;
- i check up.

Per le Visite specialistiche, l'Assicurazione è prestata fino alla concorrenza di 2.000 euro, complessivamente per uno o più Sinistri avvenuti nello stesso Periodo di Assicurazione per ciascun Assicurato.

Il Rimborso delle spese viene effettuato previa detrazione di uno Scoperto del 20% delle spese stesse, con il minimo di 50 euro per ciascun Sinistro, per Visite specialistiche relative ad una stessa patologia.

Lo Scoperto non si applica ai ticket per l'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Condizioni particolari

(valide solo se espressamente richiamate in Polizza)

Franchigia

La Compagnia rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni previste al capitolo "Cosa e come assicuriamo" previa detrazione per singolo Sinistro di una Franchigia pari all'importo indicato in Polizza.

Ai fini dell'applicazione della Franchigia, vengono considerati come un unico evento tutti i Ricoveri e/o Interventi chirurgici resi necessari dalla medesima Malattia o Infortunio, purché avvenuti entro 60 giorni dalla data del primo Ricovero e/o Intervento chirurgico.

La Franchigia non sarà applicata per quanto previsto ai paragrafi "Indennità sostitutiva" e "Cure oncologiche" del capitolo "Prestazioni accessorie".

Relativamente alle prestazioni che prevedono limiti di Rimborso, questi ultimi opereranno sulla parte di Rimborso restante dopo l'applicazione della Franchigia.

Massimale a nucleo

Il Massimale indicato in Polizza per la sezione di garanzia Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico è da intendersi operante quale Massimale unico per Periodo assicurativo, per Sinistro e per l'insieme di tutti gli Assicurati indicati in Polizza facenti parte del Nucleo familiare del Contraente.

Diaria da Ricovero

Cosa e come assicuriamo

La garanzia prevede la liquidazione dell'indennità giornaliera pattuita in Polizza, per ciascun giorno di Ricovero in Istituto di cura e per la durata massima di 300 giorni per Sinistro. Il giorno di entrata e quello di dimissione dall'Istituto di cura verranno entrambi considerati giornate di Ricovero.

L'assicurazione vale per Malattia, Infortunio e nei casi di trapianto di organi.

La garanzia vale, inoltre, per il parto e le Fratture ossee documentate, nei limiti qui di seguito elencati.

Parto

In caso di parto con o senza taglio cesareo l'indennità garantita viene corrisposta fino ad un massimo di sette giorni di Ricovero per Sinistro.

Apparecchio di contenzione inamovibile e Frattura ossea

In caso di:

- Ricovero a seguito di Malattia che richieda sia due pernottamenti consecutivi presso Istituto di Cura sia l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile dal paziente, la Compagnia liquida l'indennità pattuita per il Ricovero fino alla data di rimozione del mezzo, con il massimo di 60 giorni per Sinistro;
- Frattura ossea documentata, la Compagnia liquida l'indennità pattuita per il Ricovero:
 - nel caso di applicazione di mezzo di contenzione inamovibile dal paziente e tendente all'immobilizzazione della parte, sino alla data di rimozione del mezzo, con il massimo di 60 giorni per Sinistro;
 - in caso di Frattura di bacino e/o vertebre anche in assenza di applicazione di mezzo di contenzione, con il massimo di 60 giorni per Sinistro;
 - negli altri casi di Frattura, nei quali non è necessario ap-

plicare un mezzo di contenzione con le caratteristiche esposte al primo punto, sarà riconosciuto un importo pari all'indennità di Ricovero, per ogni giorno di Inabilità temporanea totale, con il massimo di 30 giorni per Sinistro.

La diaria da apparecchio di contenzione inamovibile e Frattura ossea non è cumulabile con la diaria da Ricovero.

Prestazioni accessorie

Convalescenza

In caso di Convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura, la Compagnia corrisponde una diaria giornaliera pari alla diaria pattuita in Polizza, con un massimo di 100 euro, fino ad un massimo di giorni pari alla durata del Ricovero e, comunque, non superiore a 20 giorni. La Convalescenza deve essere prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante.

Per gli Interventi chirurgici effettuati in ambulatorio, la Compagnia corrisponde un'indennità pari ad un giorno di Ricovero dell'importo della diaria indicato in Polizza.

Copertura gratuita per neonato

I neonati, la cui madre sia assicurata con la Polizza, sono gratuitamente assicurati per identiche somme previste per la madre al momento della loro nascita, per il tempo che decorre da tale momento alle ore 24 del 60° giorno successivo o fino alla scadenza di Polizza se precedente.

In questo periodo, a parziale deroga di quanto disposto al punto 2 del capitolo "Rischi esclusi dall'Assicurazione" della successiva sezione Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione, sono compresi anche i Ricoveri per interventi relativi alla eliminazione o correzione di Malformazioni congenite.

La copertura assicurativa non vale per la cura dell'ittero neonatale.

L'indennità di Ricovero non sarà riconosciuta per Ricoveri del neonato in assenza di patologia accertata.

Eventi naturali e rischio di guerra al di fuori del Territorio Italiano

A parziale deroga di quanto disposto al punto 7 del capitolo "Rischi esclusi dall'Assicurazione" della successiva sezione Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione, la presente garanzia si intende estesa agli Infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche sempreché l'Assicurato sia rimasto colpito da tali eventi al di fuori del Territorio Italiano. La Compagnia riconosce inoltre le indennità per Infortuni derivanti da guerra anche civile, insurrezioni, invasioni, occupazioni militari per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, sempreché l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da tali eventi inaspettati mentre si trovi già all'estero.

Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione

Rischi esclusi dall'Assicurazione

L'Assicurazione non è operante in caso di:

1. conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni o stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, non dichiarati con dolo o colpa grave sul Questionario anamnestico che è parte integrante della Polizza;
2. eliminazione o correzione di Malformazioni o difetti fisici preesistenti alla stipula della Polizza o entrata in vigore della garanzia, salvo quanto disposto dal paragrafo "Copertura per figli neonati" della sezione Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico;
3. Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o da atti contro la sua persona da lui stesso volontariamente compiuti o per i quali abbia prestato consenso;
4. Infortuni ed intossicazioni dovuti ad alcolismo e abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili, nonché quelli avvenuti alla guida di veicoli in genere, in cui risulti che il tasso alcolemico rilevato sia superiore al doppio dei limiti di legge previsti;
5. Infortuni derivanti da gare di Sport professionistico, dalla pratica di sport aerei, e derivanti dalla partecipazione a corse e gare motoristiche, compresi i relativi allenamenti e ogni tipo di prove su pista;
6. conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche e terremoti, di qualsiasi atto di terrorismo nonché di guerra, insurrezioni, occupazione militare, invasione, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, salvo quanto disposto ai paragrafi "Eventi naturali e rischio guerra al di fuori del territorio italiano" delle sezioni Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico e Diaria da Ricovero;
8. Malattie mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
9. Rimborsi delle spese per telefono, televisione, servizio bar, ristorante e simili;
10. degenze e prestazioni necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, quando l'Assicurato non sia più autosufficiente o necessiti di misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento permanente;
11. interruzione volontaria di gravidanza non dettata da necessità terapeutiche;
12. applicazioni di carattere estetico nonché Interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quelli effettua-

ti a fini ricostruttivi a seguito di Interventi demolitivi per neoplasie maligne e salvo quanto disposto dal paragrafo “Copertura per figli neonati” della sezione Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico;

13. accertamenti e cure dentarie e paradentarie e le protesi dentarie;
14. tutte le procedure, accertamenti ed Interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita o alla cura della sterilità e/o dell'impotenza;
15. Chirurgia bariatrica, ogni conseguenza di anoressia e bulimia, nonché prestazioni e terapie con finalità dietologica in genere;
16. prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
17. Interventi e le cure di miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia o comunque per la correzione del visus;
18. acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto ai capitoli “Cosa e come assicuriamo” e “Prestazioni accessorie” della sezione Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico;
19. Ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
20. prestazioni non effettuate da medici, da Centro medico, da personale infermieristico professionalmente abilitato o prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
21. cure ed Interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

Persone non assicurabili

La Compagnia non assicura le persone che al momento della stipula della Polizza sono affette da insulinodipendenza, alcolismo, tossicodipendenza, da sieropositività HIV.

Qualora l'Assicurato fosse colpito da tali Malattie durante la validità del contratto, l'Assicurazione cesserà alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, senza che in contrario possa essere preteso l'eventuale incasso di Premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente al netto delle imposte.

Limiti d'età

In fase di prima stipula, non sono assicurabili persone che abbiano compiuto i 71 anni di età.

Per persone già in copertura, il rinnovo o la sostituzione della polizza sarà possibile fino al compimento dell'80° anno di età. Resta inteso che qualora l'Assicurato compia l'80° anno di età durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva.

Periodi di Carenza

La garanzia decorre:

- per gli Infortuni dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione;
- per le Malattie, dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione (incluso l'aborto e le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione);
- per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione purché dichiarati alla Compagnia all'atto stesso della stipula della Polizza e salvo diversa pattuizione, dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione;
- per le patologie varicose e per il parto, dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza, sia essa stipulata con la Compagnia o qualsiasi altra Società assicuratrice, riguardante gli stessi Assicurati per lo stesso rischio e le stesse garanzie, i termini di Carenza sopra menzionati sono validi:

- dal giorno in cui aveva effetto la Polizza sostituita, per le prestazioni e i Massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente Assicurazione, decorsi i termini di Carenza, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto sopra vale anche in caso di variazioni intervenute nel corso di validità di uno stesso contratto.

In caso di Sinistro

Obblighi del Contraente/Assicurato

Il Sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto entro tre giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato oppure da quello in cui ne hanno avuto conoscenza, o comunque non appena ne abbiano la possibilità. La denuncia di Sinistro deve essere fatta per iscritto all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza oppure alla Società di Servizi Assirete s.r.l. secondo le modalità descritte all'interno del paragrafo seguente “Prestazioni a carico della Compagnia e modalità di denuncia del Sinistro”.

L'Assicurato deve fornire, anche tramite la struttura convenzionata che ha erogato la prestazione, la documentazione medica sulla natura della patologia che ha dato luogo alla prestazione. Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese e dal tedesco deve essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione restano a carico del Contraente/Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Compagnia e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Prestazioni a carico della Compagnia e modalità di denuncia del Sinistro

Forma diretta

Nella forma diretta, la Compagnia tiene a proprio carico il pagamento di prestazioni mediche a condizione che l'Assicurato si avvalga di uno o più professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione a Assirete s.r.l. con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi. Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

Il modulo per la richiesta di autorizzazione alla presa in carico diretta è incluso nelle presenti Condizioni di Assicurazione (Allegato n. 3).

La Compagnia tiene a proprio carico le spese indennizzabili a termini di Polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dal Gruppo Assirecre con gli Istituti di cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assicurato le Franchigie e gli Scoperti eventualmente previsti in Polizza nonché le prestazioni e le spese non rientranti fra quelle oggetto della convenzione stipulata dal Gruppo Assirecre con gli Istituti di cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati. Restano inoltre a carico dell'Assicurato le prestazioni non pertinenti rispetto alla diagnosi indicata da certificato medico e comunicata a Assirete s.r.l. all'atto della richiesta di autorizzazione e tutte le prestazioni sanitarie non autorizzate.

Resta inteso che tali prestazioni, solo se oggetto di copertura assicurativa e ritenute indennizzabili a termini di Polizza, saranno rimborsate nelle modalità previste al seguente paragrafo "Forma indiretta - Rimborso all'Assicurato".

La Compagnia mette a disposizione la Centrale Operativa Sanitaria di Assirete s.r.l. per la richiesta di informazioni relative sia agli Istituti di cura e medici convenzionati che agli ambiti e alla portata delle garanzie prestate con le varie convenzioni e per il supporto medico.

La Centrale Operativa Sanitaria è accessibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 ed il sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00 al seguente numero verde:



ed attraverso il seguente indirizzo di posta elettronica:

info.medicare@zurich.assirecregroup.com

L'elenco degli Istituti di cura, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati, nonché la relativa modulistica

sono disponibili sul sito

www.assirecregroup.com

entrando nella sezione "Assirete" e cliccando su "Rete Convenzionata" o attraverso il link presente sul sito istituzionale della Compagnia

www.zurich.it.

(1) Il numero verde è raggiungibile da rete fissa. Per chiamate da rete mobile o dall'estero, contattare il numero +39. 06. 44077380; il costo della chiamata resta a carico del chiamante e dipende dal piano tariffario del proprio operatore.

Forma indiretta – Rimborso all'Assicurato

La Compagnia rimborsa l'Assicurato a cura ultimata, **dietro presentazione in originale delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché accompagnate da:**

- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale oppure in caso di esami, Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici previsti dalla garanzia aggiuntiva "Prestazioni extra-ospedaliere";
- referto del pronto soccorso, correlato da fotografie, immagini radiografiche ed altra documentazione eventualmente richiesta dalla Compagnia, in caso di **Infortunio**.

La documentazione originale andrà inviata all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza, unitamente al modulo di richiesta di Rimborso (Allegato n. 4 alle presenti Condizioni di Assicurazione) opportunamente compilato. Sarà presa in considerazione solo la documentazione medica intestata all'Assicurato e il Rimborso avverrà in favore dell'Assicurato o dell'avente diritto. Ai fini dell'ottenimento del Rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate dovranno essere accompagnate da prescrizione medica e corredate dalla relativa diagnosi (definizione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di cura, da Centro medico o da medico specialista.

Il Rimborso delle spese sostenute verrà effettuato entro 45 giorni dal ricevimento della documentazione completa unitamente al modulo di richiesta di Rimborso.

In ogni caso (pagamento in forma diretta ed indiretta), gli originali delle notule, distinte e ricevute verranno restituiti all'Assicurato con posta ordinaria o tramite l'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza.

Valuta di pagamento

Le indennità e i Rimborsi vengono corrisposti in Italia in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea o appartenenti alla stessa ma che non abbiano adottato l'Euro come valuta, il rimborso viene calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui sono state sostenute le spese.

Controversie – arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sul Sinistro, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità previsti dalla Polizza, può essere demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio medico risiede nella città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza o domicilio eletto dell'Assicurato, salvo che le Parti, in alternativa, concordino di scegliere la città sede della direzione della Compagnia o la città sede dell'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.**

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti tra le Parti, **le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.**

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per

ognuna delle Parti. **Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.**

Interruzione Servizio Assirete s.r.l.

La Compagnia si riserva il diritto di far cessare la convenzione con Assirete s.r.l. e di sostituire la convenzione medesima con una equivalente stipulata con altra Società. La cessazione della convenzione o la sua sostituzione avrà effetto alla scadenza annuale successiva alla comunicazione della Compagnia, che sarà comunque effettuata con preavviso minimo di 45 giorni dalla suddetta scadenza. In caso di cessazione della convenzione senza sostituzione, rimane ferma la validità del contratto per tutte le prestazioni in esso contemplate. **Il Contraente, nel solo caso di cessazione della convenzione senza sostituzione, avrà comunque la facoltà di recedere dall'Assicurazione dandone comunicazione alla Compagnia mediante lettera raccomandata al massimo entro la prima scadenza annua del Periodo assicurativo in cui è avvenuta la predetta cessazione.**

Il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Allegato 1 – Valori di limiti di Indennizzo / Rimborso e Scoperto

Garanzie Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico presso strutture sanitarie convenzionate e ricorrendo ad équipe mediche convenzionate usufruendo del servizio di gestione in Forma diretta

Garanzia	Prestazione sanitaria	Limiti di Indennizzo per Assicurato e per Periodo assicurativo	
		Scoperto	Massimale / Limite di indennizzo
Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico	Ricoveri e/o Interventi chirurgici presso Strutture sanitarie ed équipe convenzionate	nessuno	Massimale indicato in Polizza
	Prestazioni pre e post Ricovero e/o Intervento chirurgico presso Strutture sanitarie ed équipe convenzionate	nessuno	Con il limite di 120 giorni per prestazioni pre e post Ricovero
	Parto con taglio cesareo o aborto spontaneo	nessuno	7.000 euro
	Parto senza taglio cesareo	nessuno	3.000 euro
	Terapie mediche a seguito di Infortunio in assenza di Ricovero	nessuno	2.500 euro
	Trapianti	nessuno	Massimale indicato in Polizza
	Indennità sostitutiva	nessuno	150 euro per giorno di Ricovero
	Cure oncologiche	nessuno	20.000 euro
	Ricovero per Malattia improvvisa o Infortuni al di fuori del Territorio Italiano	nessuno	Massimale indicato in Polizza

ATTENZIONE: se richiamata la condizione particolare “Franchigia”, la stessa si intende applicata come indicato in polizza

Garanzie Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico presso strutture sanitarie non convenzionate oppure ricorrendo ad équipe mediche non convenzionate

Garanzia	Prestazione sanitaria	Limiti di Indennizzo per Assicurato e per Periodo assicurativo	
		Scoperto	Massimale / Limite di indennizzo
Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico	Ricoveri e/o Interventi chirurgici presso Strutture sanitarie e/o équipe non convenzionate	Solo se indicato in polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese fuori convenzione, con il massimo di 5.000 euro	Massimale indicato in Polizza
	Prestazioni pre e post Ricovero e/o Intervento chirurgico presso Strutture sanitarie e/o équipe non convenzionate	Solo se indicato in polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese fuori convenzione, con il massimo di 5.000 euro	Con il limite di 120 giorni per prestazioni pre e post ricovero
	Parto con taglio cesareo o aborto spontaneo	Solo se indicato in polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese fuori convenzione, con il massimo di 5.000 euro	7.000 euro
	Parto senza taglio cesareo	Solo se indicato in polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese fuori convenzione, con il massimo di 5.000 euro	3.000 euro
	Terapie mediche a seguito di Infortunio in assenza di Ricovero	Solo se indicato in polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese fuori convenzione, con il massimo di 5.000 euro	2.500 euro
	Trapianti	Solo se indicato in polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese fuori convenzione, con il massimo di 5.000 euro	Massimale indicato in Polizza
	Indennità sostitutiva	nessuno	150 euro per giorno di Ricovero
	Cure oncologiche	Solo se indicato in polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese fuori convenzione, con il massimo di 5.000 euro	20.000 euro
	Ricovero per Malattia improvvisa o Infortuni al di fuori del Territorio Italiano	nessuno	Massimale indicato in Polizza

(*) Se non indicato in Polizza non viene applicato alcuno Scoperto.

ATTENZIONE: se richiamata la condizione particolare "Franchigia", la stessa si intende applicata come indicato in polizza successivamente alla detrazione dello scoperto, vedi esempio n° 5) della Nota Informativa.

Garanzia aggiuntiva

Garanzie	Prestazione sanitaria	Limiti di Indennizzo per Assicurato e per Periodo assicurativo
Prestazioni Extra-ospedaliere	Alta diagnostica	2.500 euro scoperto 20% con minimo 50 euro (*)
	Visite specialistiche	2.000 euro scoperto 20% con minimo 50 euro (*)

(*) Lo Scoperto non si applica per i ticket del Servizio Sanitario Nazionale.

Allegato 2 – Adeguamento del Premio per età

In occasione di ogni tacito rinnovo, la Compagnia adegua il Premio per ogni Assicurato applicando i coefficienti per età indicati nelle seguenti tabelle.

L'adeguamento del Premio per età si applica esclusivamente alle garanzie Spese sanitarie per Ricovero e/o Intervento chirurgico e Prestazioni extra-ospedaliere.

Spese sanitarie per ricovero e/o intervento chirurgico

Età Assicurato	% incremento	Età Assicurato	% incremento
1	0,00%	41	2,86%
2	0,00%	42	3,22%
3	0,00%	43	2,69%
4	0,00%	44	2,62%
5	0,00%	45	3,27%
6	0,00%	46	2,97%
7	0,00%	47	1,92%
8	0,00%	48	2,73%
9	4,76%	49	1,56%
10	4,55%	50	1,54%
11	5,22%	51	2,58%
12	5,37%	52	4,42%
13	4,71%	53	2,74%
14	4,49%	54	2,75%
15	4,30%	55	2,68%
16	4,81%	56	2,84%
17	4,92%	57	2,98%
18	5,62%	58	2,17%
19	5,92%	59	1,91%
20	4,75%	60	6,12%
21	4,00%	61	2,75%
22	3,85%	62	2,10%
23	4,94%	63	2,12%
24	4,71%	64	2,57%
25	3,60%	65	2,98%
26	3,69%	66	4,86%
27	3,56%	67	5,57%
28	5,05%	68	5,28%
29	3,27%	69	5,41%
30	7,82%	70	5,13%
31	6,74%	71	5,65%
32	6,15%	72	5,30%
33	3,96%	73	5,44%
34	5,28%	74	5,12%
35	3,76%	75	5,20%
36	3,62%	76	5,22%
37	2,33%	77	5,22%
38	3,80%	78	5,24%
39	3,05%	79	4,98%
40	3,55%	80	4,97%

Prestazioni extra-ospedaliere

Età Assicurato	% incremento	Età Assicurato	% incremento
1	0,00%	41	2,80%
2	0,00%	42	2,73%
3	0,00%	43	2,83%
4	0,00%	44	3,47%
5	0,00%	45	2,60%
6	0,00%	46	3,33%
7	0,00%	47	1,76%
8	0,00%	48	2,39%
9	4,76%	49	1,69%
10	4,54%	50	1,47%
11	5,21%	51	2,63%
12	5,44%	52	4,39%
13	4,64%	53	2,73%
14	4,49%	54	2,78%
15	4,31%	55	2,59%
16	4,81%	56	2,90%
17	4,91%	57	2,83%
18	5,63%	58	2,23%
19	5,92%	59	1,53%
20	4,74%	60	2,79%
21	4,72%	61	2,55%
22	3,13%	62	2,21%
23	4,93%	63	2,21%
24	4,71%	64	2,70%
25	3,60%	65	6,67%
26	3,68%	66	4,86%
27	3,56%	67	5,57%
28	5,04%	68	5,28%
29	3,27%	69	5,41%
30	4,66%	70	5,13%
31	4,44%	71	5,64%
32	5,79%	72	5,30%
33	11,78%	73	5,44%
34	3,86%	74	5,12%
35	3,40%	75	5,20%
36	4,11%	76	5,22%
37	2,61%	77	5,22%
38	3,22%	78	5,24%
39	2,89%	79	4,98%
40	3,74%	80	4,97%

Allegato 3 - Modulo richiesta di presa in carico diretta

MODULO DI RICHIESTA DI PREATTIVAZIONE /AUTORIZZAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE NEL NETWORK CONVENZIONATO

**IL PRESENTE MODULO, INTERAMENTE COMPILATO E SOTTOSCRITTO, VA INOLTRATO
A MEZZO FAX AL N. 06-97626007**

Attenzione: leggere l'informativa relativa al D. Lgs. 196/2003 ed apporre
la firma per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.
In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE

COGNOME _____ NOME _____
DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____
C.F./P.IVA _____
TELEFONO _____ CELL. _____ E-MAIL _____
NR. DI POLIZZA _____ INTERMEDIARIO ASS.VO _____

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO (colui che deve fruire della prestazione sanitaria diretta, SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

COGNOME _____ NOME _____
DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

PRESTAZIONI DI RICOVERO:

RICOV. CON INTERV. RICOV. SENZA INTERV. DAY HOSPITAL con interv. DAY HOSPITAL senza interv.

INTERV. AMBULATORIALE PARTO SPONTANEO PARTO CESAREO

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA SCELTA: _____ PROV. _____

DATA PREVISTA PER LA PRESTAZIONE/RICOVERO _____

TIPOLOGIA DI INTERVENTO _____

NOMINATIVO DEL CHIRURGO _____

ATTENZIONE:

Si ricorda che per le prestazioni di Ricovero è obbligatorio inviare, unitamente al presente modulo, il certificato medico indicante la diagnosi di Malattia accertata o presunta (ATTENZIONE: IL MEDICO DEVE SEMPRE SPECIFICARE LA DATA IN CUI LA PATOLOGIA E' STATA DIAGNOSTICATA LA PRIMA VOLTA), la prestazione richiesta, a mezzo fax al numero 06/97626007, almeno tre giorni (lavorativi) prima della data prevista per la prestazione/Ricovero. Nei casi di conclamata urgenza (così come da certificato allegato), il preavviso non è dovuto.

Perché il servizio di pagamento in forma diretta possa essere erogato, è necessario che sia la struttura sanitaria sia lo staff medico e chirurgico abbiano aderito alla Convenzione ed accettato le relative condizioni economiche. In caso contrario, le spese relative all'Equipe chirurgica rimarranno a carico dell'Assicurato che procederà successivamente alla richiesta di Rimborso in forma indiretta.

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", acconsento al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti dalla copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Compagnia, Assirete s.r.l., Istituto di cura, medici professionisti, nei limiti delle attività dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del richiedente la prestazione _____
(firma)



Allegato 4 - Modulo per il rimborso indiretto

DATI INTERMEDIARIO ASSICURATIVO

DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____ FAX _____ N. POLIZZA _____

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO (se diverso dal CONTRAENTE)

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____

PATOLOGIA: _____
(come da certificato medico allegato alla presente)

RICOVERO: degenza dal _____ al _____

L'Assicurato con la presente richiede il Rimborso per i costi sostenuti ed allega in originale le seguenti notule/fatture di spesa, i cui costi sono stati già anticipati.

FATTURA NUMERO	EMESSA DA	DATA	IMPORTO (in euro)

COORDINATE BANCARIE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN FORMATO IBAN

BANCA D'APPOGGIO _____ FILIALE _____

CIN _____ Cod. ABI _____ Cod. CAB _____ n. Conto Corrente _____

PROMEMORIA ALL'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

1. Occorre compilare un modulo per ogni Assicurato e per ogni Sinistro.
2. Le notule/fatture allegate non relative ad un Ricovero dovranno essere accompagnate da prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o diagnosticata.
3. La documentazione di spesa dovrà pervenire in originale, salvo il caso in cui l'originale sia stato consegnato ad altro Ente per i rimborsi previsti da altra copertura. In tal caso detta documentazione dovrà essere accompagnata dal documento riepilogativo su cui figura l'ammontare di detto Rimborso.
4. Per le spese sostenute nei giorni pre/post Ricovero, se inviate separatamente, occorre indicare nell'apposito spazio il relativo periodo di Ricovero.
5. Per il Rimborso delle spese relative ai medicinali del post-Ricovero occorrono prescrizione medica, scontrino della farmacia e fustella della confezione in originale.

Data, _____ Firma dell'Assicurato _____

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", acconsento al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti dalla copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Compagnia, Assirete s.r.l., Istituto di cura, medici professionisti, nei limiti delle attività dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del richiedente la prestazione _____
(firma)



Zurich Insurance plc

Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda

Registro del Commercio di Dublino n. 13460

Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese

preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari

Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano

Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) al n. I.00066 in data 3/1/08

C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968

Rappresentante Generale per l'Italia: C. Candia

Indirizzo PEC: Zurich.Insurance.Pl@pec.zurich.it

www.zurich.it

